Kasuistischer Beitrag zur Lehre von der Korsakow'schen Psychose.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Universität Leipzig

vorgelegt von

Alfons Rother
approb. Arzt.

ACAD.
LIBRARY
1961

Leipzig
Druck von Bruno Georgi.
1905.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
zu Leipzig. 6. Dezember 1905.

Referent: Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Flechsig.

Seinem lieben Vater
und dem Andenken seiner teuren Mutter

in Liebe und Dankbarkeit
gewidmet
vom
Verfasser.

Ende der achtziger Jahre hat Korsakow die Aufmerksamkeit auf eine Gruppe von Erkrankungen hingelenkt, bei denen krankhafte Erscheinungen seitens der Psyche im Verein mit Symptomen einer multiplen Neuritis vorkommen. Es handelt sich bei jenen, wie unten auseinander gesetzt wird, um ganz charakteristische Störungen, deren prägnanteste in einer eigenartigen Amnesie besteht, wobei die Erinnerung an das kürzlich Geschehene in intensivster Weise gestört ist, während das Längstvergangene gut im Gedächtnis bleibt. Einen wesentlichen, nicht zufälligen Bestandteil des Krankheitsbildes bilden mehr oder weniger ausgeprägte Erscheinungen einer bestehenden multiplen Neuritis. Die charakteristischen Veränderungen psychischer Natur finden sich vornehmlich bei den auf alkoholischer Basis entstandenen Fällen von Neuritis vor. Korsakow[1]) hat einige derartige Krankheitsfälle beobachtet und aus ihrer Betrachtung nachstehende Schlussfolgerungen gezogen:

„Die Grundsymptome der Krankheit sind gewöhnlich folgende: Ein hoher Grad von reizbarer Schwäche der psychischen Sphäre; dann eine mehr oder minder tiefe Störung der Ideenassociation und endlich Trübung des Gedächtnisses. Als schwächster Ausdruck von Beteiligung der psychischen Sphäre bei der erörter-

[1]) Archiv für Psychiatrie. Bd. XXI.

ten Krankheit erscheint eine reizbare Schwäche, sich äussernd in Schlaflosigkeit, in leichter Ermüdlichkeit des Gehirns, welche ihrerseits in dem leichten Auftreten von Affekten der Furcht, des Kummers zum Ausdruck kommt; die Kranken werden besonders gegen Abend erregt, fürchten etwas, erwarten etwas, sind oft buchstäblich mit allem unzufrieden. Dabei kommt nicht selten Unfähigkeit, der Aufmerksamkeit zu gebieten, vor, Unmöglichkeiten gewisse Vorstellungen los zu werden, und es treten infolge dessen Zwangsideen auf, meist aufregenden, beängstigenden Charakters. Oft kommt es im Anschluss daran zu mancherlei Launen, unüberlegten Wünschen. Geht die psychische Alteration tiefer, so hört jede Möglichkeit eines korrekten Gedankenganges auf; die Aufmerksamkeit ist nicht mehr imstande die Verknüpfung der Vorstellungen zu leiten. Die letzteren werden durcheinander gemengt, treten inkonsequent, unrichtig ins Bewusstsein. Zuweilen entwickelt sich ein solcher Zustand akut — ganz im Beginn der Krankheit, mitunter gleichzeitig mit den Initialsymptomen der multiplen Neuritis, zuweilen sogar noch vor denselben. Dann tritt in den meisten Fällen zu Anfang ein Zustand heftigen Affektes auf, am häufigsten in Gestalt von Furcht, Panphobie, begleitet von den entsprechenden Delirien, Hallucinationen und affektiven Handlungen. Gewöhnlich dauert übrigens der erregte Zustand nicht nicht lange, sondern geht in Genesung oder in eine chronische Krankheitsform über. Diese chronische Form trägt ihrerseits den Charakter des stuporösen Schwachsinns oder der apathischen Verwirrtheit.

Der stuporöse Schwachsinn äussert sich in tiefer Störung der Ueberlegung mit isolierten deliriösen Ideen, Illusionen, Halluzinationen, oft mit zeitweiligen Ausbrüchen von Tobsucht. In einigen Fällen erreicht die Demenz einen sehr hohen Grad, die Patienten werden ganz schwachsinnig, unreinlich. Da sich

bisweilen in dieser Periode zu den Symptomen multipler Neuritis — wie: schwankender Gang, Störung der Patellarreflexe, Tremor der Extremitäten — einige Symptome von seiten der Kopfnerven hinzugesellen, so kann man die Krankheit mit progressiver Paralyse verwechseln und wird hinterher erstaunt sein, den Kranken genesen zu sehen. Uebrigens sind Fälle von derartiger neuritischer Pseudoparalyse sehr selten. Häufiger kommt einfacher Stupor vor mit temporärer Aufregung, welcher in 5—9 Monaten heilt, oder auch unverändert bleibt.

In anderen Fällen trägt die chronische Form der erörterten Psychose den Charakter der apathischen Verwirrtheit. Zuweilen tritt sie als Endstadium einer anfänglichen tobsüchtigen (halluzinatorischen) Verwirrtheit auf, in anderen Fällen entwickelt sie sich allmählich, ohne dass ihr eine tobsüchtige Periode vorausgeht. Sie äussert sich durch Vermengung der Vorstellungen, Desorientierung inbezug auf Zeit und Ort, vielfache Irrungen und Schwächung des Gedächtnisses. Die Kranken wissen oft nicht, wo sie sind, obwohl sie sich in ihrem eigenen Zimmer befinden, verwechseln die Personen ihrer Umgebung, nennen sie mit Namen lange verstorbener Personen, schreiben sich Handlungen zu, die sie nie getan haben. Bei diesen Kranken vermischen sich in ganz merkwürdiger Weise tatsächliche, der Wirklichkeit entsprechende Vorstellungen mit alten Erinnerungen, zufälligen Gedankenverbindungen. Das Gedächtnis ist gewöhnlich tief gestört; oft vergessen die Kranken geradezu alles, was um sie her vorgeht. Gewöhnlich sind derartige Kranke ziemlich ruhig, apathisch, affektive Zustände kommen fast gar nicht vor; bisweilen tritt übrigens sehr leicht Neigung zum Lachen oder Weinen auf, und manche Kranken, die tagsüber ruhig gewesen sind, werden nachts erregt, reden beständig, rufen zu sich, zanken, wollen aufstehen, irgend wohin fahren.

Diese Form von Verwirrtheit dürfte wohl die allerhäufigste

sein. Sie tritt bald in stärkerem, bald in schwächerem Grade auf. Bisweilen geht sie schnell vorüber, bisweilen zieht sie sich lange hin; manchmal nimmt sie allmählich zu und wird so bedeutend, dass der Kranke nicht nur Bekannte mit Unbekannten verwechselt, sondern auch die Bedeutung von Gegenständen, Worten und Zeichen vergisst.

Ich sagte bereits, dass bei dieser Form fast stets Trübung des Gedächtnisses vorhanden ist, bald mehr, bald weniger intensiv; doch kommen Formen von Psychose bei Neuritis vor, wo das Gedächtnis gestört ist, bei relativer Klarheit des Bewusstseins und erhaltener Ueberlegung. In diesen Fällen ist es höchst frappant, wie dieselben Kranken, welche alles um sie her Vorgehende gut begreifen, welche imstande sind, ernste Gespräche zu führen, das Gedächtnis soweit eingebüsst haben, dass sie buchstäblich alles sofort wieder vergessen. Die Vergesslichkeit erreicht solche Grade, dass der Kranke 5 Minuten nach dem Mittagessen bereits nichts mehr davon weiss, dass er gegessen hat; er vergisst, wer bei ihm gewesen ist, was er gesprochen hat, und wiederholt infolgedessen beständig ein und dasselbe. Amnesien dieser Art — Amnesia acuta — beschränken sich meist darauf, dass die Begebenheiten, die seit Beginn der Krankheit oder kurze Zeit vorher vorgekommen sind, vergessen werden, während das Längstvergangene oft sehr gut im Gedächtnis bleibt. Je schwerer freilich der Fall, desto tiefer ist auch die Amnesie. In schweren Fällen ist auch die Erinnerung an fernliegende Dinge schlecht, in leichten dagegen werden auch die kürzlich geschehenen nicht völlig vergessen, sondern es ist überhaupt nur Vergesslichkeit, ungenaues Zeitgedächtnis etc. zu bemerken.“

Des weiteren führt Korsakow aus, dass bei der in Rede stehenden Krankheit die psychische Alteration mit neuritischen Symptomen kombiniert ist; er kommt zu dem Ergebnis, dass

die Symptome beider Gebiete keineswegs immer gleichmässig ausgeprägt zu sein brauchen, sondern dass bei den einen Fällen die Störungen seitens der Psyche prävalieren können, bei den anderen diejenigen seitens des peripheren Nervensystems. Besonderer Beachtung werden die Formen empfohlen, bei denen die physischen Symptome von Neuritis nur undeutlich zu Tage treten und daher leicht übersehen werden können. Zuweilen dokumentieren sie sich nur in Parästhesien mit leichten Koordinationsstörungen und Ermüdlichkeit beim Gehen mit Alteration der Patellarreflexe und leichten Schmerzen in den Extremitäten.

Diejenigen Krankheitsfälle, welche die geschilderten Symptome bieten, empfielt Korsakow als eine besondere Gruppe abzugrenzen und als eine charakteristische Krankheitsform anzusehen. Er bezeichnet diese Form als „Psychosis polyneuritica s. panneuritica“ oder „Cerobropathia psychica toxaemica“. Den Ausdruck „psychische Cerobropathie“ wählte er mit Rücksicht darauf, dass neben der im Vordergrunde stehenden psychischen Störung auch andere Symptome einer Hirnaffektion vorliegen und jener aller Wahrscheinlichkeit nach anatomische Veränderungen des Zentralnervensystems zugrunde liegen. Die Bezeichnung toxaemica besagt, dass das Vorhandensein von Toxinen im Blute als causa nocens anzusehen sei. Bei der Neuritis alkoholischen Ursprungs soll fast stets Cerebropathie bestehen. Während Leyden den Alkohol als toxische Substanz ansieht, welche direkt schädigend auf das Nervensystem einwirkt, hält Korsakow dafür, dass der Alkohol nur die Entwicklung und Einwirkung von Toxinen auf dasselbe begünstige.

Die Ausführungen Korsakows erregten berechtigtes Interesse und gaben die Anregung zu weiteren Forschungen bis auf heutigen Tag, wodurch eine umfangreiche Literatur ent-

standen ist. Einen neuen Beitrag zu der viel erörterten Frage möge folgender Krankheitsfall liefern, welcher in der Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt Rybnik beobachtet worden ist:

Patient ist der 46 Jahre alte H. M.

Eine Schwester desselben ist geisteskrank und befindet sich in einer Irrenanstalt. In der Mitte des Jahres 1903 erkrankte H. M. unter den Anzeichen einer schweren Magenstörung, wozu sich heftige Aufregungszustände hinzugesellten. Offenbar unter dem Einfluss von Hallucinationen, deren Vorhandensein schon damals konstatiert wurde, bekundete Patient eine lebhafte Unruhe, war nicht im Bette zu halten und wollte stets aus der Wohnung fortlaufen. Infolgedessen wurde seine Ueberführung in das Krankenhaus zu P. erforderlich. Als vorliegende Ursache wurde abusus spirituosorum angesehen. Nach cr. 3 Monaten wurde der Kranke wieder nach Hause entlassen. In der Nacht zum 28. XII. 03 hatte er einen heftigen Erregungszustand, in dem er aus dem Bette sprang, die Scheiben von Glastüren zerschlug, Tischchen zerstörte, Messer holte, um Frau und Kinder zu erstechen. Die Ursache für sein Benehmen war nach seinen eigenen Angaben das Erscheinen von zwei Männern mit Masken, welche ihn mitnehmen wollten. Er gab an, dass er aus Angst, wie oben angeführt, gehandelt habe. Wenige Wochen zuvor hatte er bereits einen Zustand von Erregung durchgemacht; in demselben zerschlug er ebenfalls nachts die Scheiben der Türen, weil er die Erscheinung von Räubern hatte, denen er folgen sollte. — Daraufhin wurde M. am 6. I. 04 der Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt Rybnik zugeführt.

Aufnahmestatus: M. ist von mittelgrosser Statur, befindet sich in gutem Ernährungszustande. Die inneren Organe weisen keinen krankhaften Befund auf. Gang und Haltung etwas schwerfällig. Rechte Pupille kleiner als die linke. Die Pupillen

reagieren etwas langsam. Geringes Silbenstolpern ist vorhanden. Kniesehnenreflexe verändert. Auf Beklopfen starke Zuckung auch in anderen Muskelgruppen, sogar der anderen Körperhälfte. Darauf folgt ein tonisches Nachstadium von cr. 2 Sekunden mit Unmöglichkeit, einen anderen Reflex auszulösen.

Status psychicus: Als Jahreszahl gibt er 1903 an, als Monat Januar. Darauf nennt er als Jahr 1897. Weiss, dass er hier in der Irrenanstalt ist. Ueber die Umgebung ist er orientiert. Der letzte Krieg sei 1870/71 gegen Frankreich gewesen mit Metz und Paris. 1866 sei Krieg gegen Oesterreich geführt worden. Schlachten aus demselben kennt er nicht. Er rechnet: $7\times7=49$, $8\times9=56$, 63, 54, 92, schliesslich 72. $7\times12=84$, $9\times13=102$, endlich mit Nachhilfe 117. Gibt auf Befragen klare Auskunft über seine Berufstätigkeit. Mit seiner Frau will er immer gut harmoniert haben; es sei nie etwas zwischen ihnen vorgefallen.

15. I. M. war bisher ruhig. Schlaf und Appetit gut. Blieb gut im Bett, bat aber oft, aufstehen zu dürfen. Die Kniephänomene sind noch in der beschriebenen Weise verändert. Er ist sehr vergesslich; einmal wollte er an die Frau schreiben, am nächsten Tage wusste er nichts mehr davon. Gibt als Wochentag Montag statt Freitag an, als Monat Januar, als Jahreszahl 1903. Was es gestern zu essen gab, weiss er nicht mehr.

27. I. Liegt ruhig zu Bett, schläft gut. Hat innerhalb einer Woche 4 kg. an Gewicht zugenommen. Keine Krankheitseinsicht, hält sich vielmehr für ganz gesund. Er zeigt dauernd ein sehr schlechtes Gedächtnis; einmal hatte er schon einen Brief dem Wärter übergeben, nachher suchte er ihn noch lange in seinem Bette. Weiss nicht, was für einen Tag wir heut haben, weiss nicht, dass heut Kaisersgeburtstag ist. Von Frau und

Verwandten spricht er oft Gutes, manchmal wieder schimpft er sehr auf dieselben, ohne indessen irgend wie bestimmte Tatsachen vorzubringen. Für Vorgänge aus früheren Zeiten hat er eine gute Erinnerung. Krankhafte Ideen äussert er nicht. Geringe Stimmungsschwankungen sind zu bemerken: bald ist er heiter, bald gedrückter Stimmung, manchmal weint er.

11. II. Patient hat bisher 6 kg zugenommen. Er merkt sich jetzt etwas besser, was er am vorhergehenden Tage gegessen hat, jedoch macht er auch noch grosse Fehler. Er weiss z. B. nicht, wann ihn die Frau das letzte Mal besucht hat, er meint gestern oder vorgestern, während es 4 Tage vorher war; er weiss auch nicht, wer mit ihr kam und was sie brachte. Den Wochentag kann er nicht angeben. Ruhiges Verhalten. **Weint mitunter.**

18. II. Sein Gedächtnis ist für Vorgänge der letzten Zeit noch sehr schlecht. Stimmung leicht wechselnd. Die Veränderung der Reflexe besteht noch.

Zu erwähnen ist noch, dass der Kranke sich in der vergangenen Zeit einige Male örtlich desorientiert zeigte, indem er beim Wiedereintritt in den Krankensaal, den er für kurze Zeit verlassen hatte, sein Bett nicht ausfindig machen konnte.

26. III. Tagsüber ausser Bett. Nimmt noch an Gewicht zu. Geistig ziemlich leer und inhaltsarm. Auf Gebieten, wo er von früher her noch viel Erfahrung hat, besitzt er noch Orientierungsfähigkeit und Urteil. Allem Neuem gegenüber ist er interesselos, schwerfällig und vergesslich. Bewegt sich auf der Abteilung ohne Störung.

14. V. Hat seit der Aufnahme um 16 kg. zugenommen. Ist noch sehr vergesslich und in seinen Intentionen völlig unstät. Nervensystem ohne Veränderung.

24. V. Wird heute auf eine andere Abteilung verlegt, wo er ein eigenes Zimmer erhält. Ist zunächst damit einverstanden.

abends jedoch weigert er sich, dort allein zu schlafen, wird unruhig und ängstlich und erklärt unter Weinen, dass er vor dem Alleinsein grosse Furcht habe. Nachdem einer seiner Mitkranken ihm Gesellschaft leistet, bezieht er das Zimmer und verhält sich wieder ruhig.

21. VI. Schlaf und Appetit sind gut. Nach dem Datum befragt, nennt er als Jahreszahl 1905, als Monat Mai und als Tag den 6., dann den 8., schliesslich den 10. Weiss, dass er hier in der Irrenanstalt R. ist. Ueber die Umgebung ist er orientiert.

Seit wann hier? Weiss es nicht; nach einigem Zögern, es müsse seit Januar sein.

Weswegen hier? Weiss es nicht.

Mit wem hierher gekommen? Mit den Schwiegereltern. (Unrichtig! s. o.)

Wie lange krank? Seit 1 Jahr gedächtnisschwach.

Seit wann etabliert? Seit 12 Jahren.

Wo gelernt? Beim Vater in R.

Wieviel Kinder? Zwei; eins 5 Jahre, das andere 3 Jahre alt.

Wieviel Geschwister? Sechs gestorben, vier leben.

Name des Kaisers? Friedrich Wilhelm.

Wann der letzte Krieg? 1870/71 mit Metz und Sedan.

Hauptstadt von Deutschland? Berlin.

Wie gross Berlin? Ueber 1 Million Einwohner.

Hauptstadt von Sachsen? Weiss es nicht.

Nebenflüsse der Oder? Die Ruda.

Er rechnet: $3 \times 3 = 9$, $8 \times 12 = 72$, dann 96, $66\frac{2}{3}$ könne er nicht ausrechnen. 780×3: trotz längeren Ueberlegens falsches Resultat.

Vorgesprochene Zahlen vergisst er schon nach wenigen Zwischenfragen, oder gibt sie nur ganz ungenau wieder. Das Vorhandensein von Halluzinationen wird bestimmt in Abrede

gestellt. Es bestehen leichte Sprachstörungen. Rombergsches Phänomen angedeutet. Die Zunge wird gerade hervorgestreckt, zittert dabei kaum. Pupillen gleichweit, reagieren auf Lichteinfall träg, bei Konvergenz prompt. Gürtelgefühl, lanzinierende Schmerzen nicht vorhanden. Grobe Kraft intakt. Gang schwerfällig. Schwächegefühl in den unteren Extremitäten deutlich ausgeprägt, namentlich beim Gehen. Druckschmerz an den Nervenstellen nicht auslösbar. Gefühl für spitz und stumpf überall intakt. Die Berührungsstellen werden richtig lokalisiert. Hyperästhesie am ganzen Körper. Fussklonus nicht hervorzubringen. Das Beklopfen der Patellarsehne wird schmerzhaft empfunden. Kniesehnenreflex beiderseits lebhaft; beim Auslösen desselben treten in verschiedenen Muskelgruppen auf beiden Seiten des Körpers Zuckungen auf. Fusssohlenreflex erhöht.

Was den Zustand des p. M. in der Folgezeit anlangt, so sind in demselben keine wesentlichen Veränderungen eingetreten. Die Stimmung ist keine konstante, wechselt vielmehr zeitweise und zwar ohne dass für die Stimmungsanomalien Gründe zu eruieren wären. Patient ist bald heiter und guter Laune, auch wohl hin und wieder einmal zu Scherzen aufgelegt, bald mässig zugänglich, bald wortkarg, mürrisch und mitunter zum Weinen geneigt.

Seine Gedächtnissschwäche und Merkunfähigkeit erscheinen ihm selbst als etwas Abnormes und Unbequemes. Gleichwohl hat er kein rechtes Verständnis für das Krankhafte seines Zustandes, meint er wäre gesund und gehöre nach Hause, weshalb er denn auch bisweilen seine Entlassung verlangt. Das Gedächtnis ist dauernd schlecht; er weiss abends nicht mehr, was er zu Mittag gegessen hat, kann nie bestimmt angeben, wann er besucht worden ist, selbst wenn es erst Tags zuvor war; hat schon nach wenigen Stunden keine

Kenntnis mehr davon, wenn er einmal einen Brief geschrieben hat, glaubt auch hin und wieder irrtümlicherweise, geschrieben zu haben. Ueber das Datum ist er nie unterrichtet. Geistig ist er wenig regsam und ziemlich energielos. Befund des Nervensystems ohne wesentliche Aenderungen. Körperliches Befinden durchweg gut, Verhalten stets ruhig.

Im April 1905 machte er beim Explorieren folgende Angaben:

Welches Datum? Anfang Oktober 1905.

Seit wann hier? Weiss nicht genau, ca. 1 Jahr.

Weswegen hier? Weiss nicht.

Mit wem hierher gekommen? Mit den Schwiegereltern. (S. o.)

Wann begann die Krankheit? Weiss es nicht.

Wielange etabliert? 15 Jahre.

Wo gelernt? Beim Vater.

Wieviel Kinder? Zwei Söhne.

Wieviel Geschwister? (Nach einigem Ueberlegen): Zwölf, davon leben noch vier.

Wo vor der Aufnahme in hiesige Anstalt gewesen? Im Krankenhause zu P. wegen Kreuzschmerzen; sei dann direkt von dort nach der hiesigen Irrenanstalt gebracht worden. (Unrichtig; war erst einige Zeit zu Hause, weiss nichts von den damaligen Vorgängen. S. o.)

Name des Kaisers? Wilhelm III.

Kaisers Geburtstag? 28. März.

Hauptstadt von Preussen? Berlin.

Hauptstadt von Sachsen? Weiss es nicht.

Was ist Dänemark? Ein Land bei Oesterreich.

Rechnet: $3 \times 3 = 9$, $8 \times 12 = 96$, $66 : 3 = 22$, $5 \times 9 = 45$, 9×5 sei dasselbe.

Die ihm zum Merken aufgegebenen Zahlen, selbst zwei stellige, vergisst er nach 2—3 Zwischenfragen.. Die Sprache weist beim Nachsprechen von schweren Wörtern Störungen auf. Pupillen nicht different; auf Lichteinfall träge Reaktion. Geringes Schwanken bei Lidschluss. Die Zunge weicht beim Hervorstrecken nicht ab, zittert kaum. Keine Parästhesien, kein Gürtelgefühl, keine lancinierenden Schmerzen. Spitz und stumpf wird überall richtig unterschieden. Nervenstämme auf Druck nicht empfindlich. Deutliche Hyperästhesie am ganzen Körper vorhanden, wenngleich gegen früher etwas geringer geworden. Bauchdecken- und Fusssohlenreflex gesteigert. Kein Fussklonus. Das Beklopfen der Patellarsehne wird noch schmerzhaft empfunden. Patellarreflex beiderseits erhöht. Beim Auslösen desselben kommt es zu Zuckungen in verschiedenen Muskelgruppen. Gang schwerfällig, Schwächegefühl in den Beinen. —

Bei dem Betrachten des vorliegenden Krankheitsbildes treten uns folgende Erscheinungen entgegen:

Die Erkrankung beginnt mit einem Aufregungszustande, der im wesentlichen den Charakter eines Deliriums hat, und sich in einer gewissen Unruhe und dem Wahrnehmen von schreckhaften Hallucinationen im Bereich des Gesichtssinnes bekundet. Schon bei der Aufnahme in die Irrenanstalt R. trat eine deutliche Desorientiertheit des P. M. in zeitlicher Hinsicht zu Tage; Patient weiss nicht, welches Jahr geschrieben wird, meint statt 1904 zuerst 1903 und schliesslich sogar 1897. Wie aus der weiteren Beobachtung des Kranken hervorgeht, ist er auch in der Folgezeit nie in der Lage, das Datum richtig anzugeben, wobei er z. T. selbst in Bezug auf die Jahreszeit im Unklaren ist. (Nennt statt April — Oktober.) Auch eine gewisse örtliche Desorientiertheit machte sich bemerklich; sie bestand, wie oben angeführt wurde, in dem hin und wieder auftretenden Unvermögen, sein Bett nach Rückkehr

in den Saal, welchen er für einige Minuten verlassen hatte, wiederzufinden. Was aber am auffallendsten an dem Kranken erscheint, ist seine Merkunfähigkeit und seine Gedächtnisschwäche. Obwohl er darauf aufmerksam gemacht wird, sich die vorgesprochene Zahl, die er richtig nachspricht, genau zu behalten, ist er schon nach zwei bis drei Fragen nicht mehr imstande, sie richtig wiederzugeben, auch nicht nach längerem Ueberlegen. Er weiss am folgenden Tage nicht mehr, dass er tags zuvor Besuch hatte, hat schon nach wenigen Stunden vergessen, wenn er einmal an seine Frau geschrieben, es ist ihm abends nicht mehr bekannt, was er mittags gegessen hat. Mit Vorkommnissen aus früherer Zeit ist er im allgemeinen leidlich vertraut; insbesondere gibt er gut Auskunft über Angelegenheiten, welche in sein Fach schlagen, selbst wenn sie längere Zeit zurückliegen. Was die Angaben des Kranken anbetrifft, soweit sie sich auf die letzten Monate vor seiner Verbringung in die Anstalt zu R. beziehen, so sind sie wohl nicht als Produkt einer einfachen Gedächtnisschwäche aufzufassen, sondern als Erinnerungsfälschungen. Denn P. M. begnügt sich bei diesbezüglichen Fragen nicht mit der Antwort „ich weiss es nicht", welche er sonst zu geben pflegt, wenn er seiner Sache nicht sicher ist, sondern erklärt bestimmt, er sei direkt aus dem Krankenhause zu P., wohin er wegen Kreuzschmerzen gebracht worden sei, nach der Provinzial-Irrenanstalt überführt worden und zwar hätten ihn dabei seine Schwiegereltern begleitet. Tatsächlich bestand seine Begleitung nicht aus den bezeichneten Personen, ferner war er nach der Entlassung aus dem Krankenhause zu P. erst noch einige Zeit zu Hause, wurde also nicht direkt von dort der Irrenanstalt R. zugeführt und zudem war der Grund zu seiner Verbringung nach P. sein Erregungszustand, nicht aber seine Kreuzschmerzen. In Bezug auf das Nervensystem liegt folgender Befund vor: Die Pupillen

anfangs different, später gleich weit, reagieren auf Lichteinfall dauernd träg, bei Konvergenz prompt. Patellarreflexe lebhaft, eine Erscheinung, welche bei der Korsakow'schen Krankheit zwar selten vorkommt, indessen schon wiederholt beobachtet worden ist. Die beim Hervorbringen der Kniesehnenreflexe in verschiedenen Muskelgruppen auftretenden Zuckungen sind offenbar auf eine erhöhte Reizbarkeit der Reflexcentren zurückzuführen. Was die allgemeine Hyperästhesie und die schmerzhafte Empfindlichkeit beim Auslösen der Patellarreflexe anlangt, so wird man nicht fehl gehen, diese Symptome als neuritische Erscheinungen anzusehen. Ferner dürfte die leichte Ermüdbarkeit und das Schwächegefühl in den unteren Extremitäten, welches auch in der Schwerfälligkeit des Ganges zu Tage tritt, auf Störungen zurückzuführen sein, die durch eine Neuritis bedingt werden. Wir haben es hierbei jedenfalls mit dem Vorstadium einer Lähmung zu tun, welche nicht zu einer weiteren Ausbildung gelangt ist.

Fassen wir nun die Gesamtheit der Symptome, die Patient M. bietet, ins Auge, so werden wir finden, dass dieselben am meisten dem Bilde der Korsakow'schen Psychose entsprechen; denn es tritt uns die charakteristische Gedächtnisschwäche entgegen nebst Merkunfähigkeit, Andeutung von Pseudoreminiszenzen, Desorientiertheit und daneben sind Störungen seitens des peripheren Nervensystems vorhanden. In ätiologischer Hinsicht kommt nur der Alkoholismus in Betracht; für andere Momente liegen keine Anhaltspunkte vor. Sowohl das centrale, als auch das periphere Nervensystem erscheinen geschädigt, und es ist wahrscheinlich, dass die hier vorliegende stärkere Alteration der Psyche durch die hereditäre Belastung des P. M. ihre Erklärung findet.

Differenzialdiagnostisch kann in unserem Falle nur die progressive Paralyse in Frage kommen. Und in der Tat treten uns in dem geschilderten Krankheitsbilde einzelne Symptome

entgegen, die geeignet sind, den Verdacht auf jene aufkommen zu lassen, da sie auch bei ihr anzutreffen sind. Wir finden, dass Sprachstörungen und Stimmungsschwankungen bestehen, und dass eine Veränderung der Patellarreflexe und der Pupillenreaktion vorhanden ist.

Hierzu sei Nachstehendes bemerkt: Zunächst handelt es sich hier keineswegs um deutliche Störungen der Sprache, vielmehr sind solche nur leicht ausgebildet und treten für gewöhnlich beim Reden nicht zu Tage, sondern zeigen sich nur bei dem Nachsprechen von schwierigen Wörtern. Zudem können sprachliche Störungen gelegentlich unter anderen Verhältnissen auftreten, z. B. bei Alkoholismus, unter dem Einfluss einer akuten Vergiftung. Noch weniger beweisend ist der Stimmungswechsel, da er bei verschiedenen Psychosen beobachtet wird. Dasselbe gilt für die Veränderung der Kniesehnenreflexe; nicht nur, dass sich bei verschiedenen Erkrankungen eine Reflexsteigerung bemerkbar macht, ist auch die Patellarreflexerhöhung als solche nicht einmal eindeutig für jene Diagnose zu verwenden, weil gerade das Fehlen des in Rede stehenden Reflexes in vielen Fällen von progressiver Paralyse zur Beobachtung gelangt. Trägheit der Pupillenreaktion endlich zeigt sich nicht nur bei dieser, sondern auch anderweitig und Pupillenstarre ist bei dem Kranken M. überhaupt nicht aufgetreten. — Abgesehen von der Unzulänglichkeit der genannten Symptome für den Beweis einer vorhandenen progressiven Paralyse, vermissen wir ausserdem einzelne Erscheinungen, welche sonst zu ihrem Bilde gehören. So sind bei dem Patienten niemals, auch nicht andeutungsweise, Anfälle vorgekommen. Es fehlen auch die für gewöhnlich auftretenden Erregungszustände. Ausserdem bietet derselbe zwar Zeichen von Energielosigkeit und eines gewissen Grades geistiger Schwäche dar, doch kann von einer Demenz nicht die Rede sein.

Ferner, was gerade so typisch für Paralyse ist, die Produktion von Grössenideen — der charakteristische, blühende Grössenwahn — findet sich hier nicht vor. Dazu kommt, dass unser Patient eine gewisse Krankheitseinsicht besitzt, insofern als seine Merkunfähigkeit und Gedächtnisschwäche ihm selbst als etwas Unbequemes und Abnormes erscheinen; bei einem Paralytiker dagegen dürfte Krankheitseinsicht in diese Ausdehnung kaum anzutreffen sein. Ueberdies kann hier der in ätiologischer Beziehung für fortschreitende Gehirnlähmung so wichtige Faktor einer luetischen Infektion ausgeschlossen werden.

Wir werden daher nicht fehl gehen, wenn wir auf Grund dieser Erörterungen und in Anbetracht dessen, dass die für Paralyse verdächtigen Symptome gerade auch bei der polyneuritischen Psychose beobachtet werden, den betrachteten Krankheitsfall der Kategorie der Korsakow'schen Psychose zurechnen und die Diagnose auf progressive Paralyse fallen lassen.

In Bezug auf die Prognose ist unser Fall als ungünstig zu bezeichnen. Mit der Zunahme des Körpergewichtes ist keine Besserung im geistigen Befinden des p. M. eingetreten; die Gedächtnisschwäche und Merkunfähigkeit bestehen fort, ausserdem ist eine gewisse geistige Schwäche nicht zu verkennen. Offenbar haben wir es hier bereits mit einem Defektzustand zu tun. —

Wenden wir uns nunmehr der Betrachtung der einschlägigen Literatur zu, so zeigt sich, dass sowohl bezüglich der Aetiologie Meinungsverschiedenheiten herrschen, als auch hinsichtlich der Kombination des bekannten Korsakow'schen Syndroms mit Symptomen einer gleichzeitig bestehenden Polyneuritis. Bei der Aetiologiefrage kommt es vor allem darauf an, welche Rolle der Alkohol spielt und ob er nicht überhaupt

als die Ursache der Korsakow'schen Krankheit angesehen werden muss.

Tiling[1]) kommt zu der Anschauung, dass in der Regel nur diejenigen Fälle von multipler Neuritis die Zeichen „amnestischer Geistesstörung" darbieten, welche alkoholischen Ursprungs sind. Charcot[2]) bestätigt die Angaben Korsakows, führt selbst einen Fall von Alkoholneuritis mit der charakteristischen Amnesie an und betont, dass diese Amnesie für die alkoholische Neuritis besonders kennzeichnend sei. Jolly[3]) ist der Ansicht, dass zwischen dem Korsakow'schen Syndrom und dem Delirium weniger ein qualitativer als ein quantitativer Unterschied bestehe. Das Delirium stelle die akutere Störung dar, bei der die eigenartige Geistesstörung und die Pseudoreminiscenzen auch nicht selten, wenn auch nur andeutungsweise zur Beobachtung kommen. Die Korsakow'sche Störung sei als protrahierter verlaufende Form anzusehen. Nach Hoppe[4])-Königsberg stehen Korsakow'sche Psychose, Polyneuritis, Delirium tremens und Polioencephalitis haemorrhagica superior acuta in naher Beziehung, sind auf fortgeschrittenen Alkoholismus zurückzuführen und können die verschiedensten Kombinationen mit einander eingehen.

Smith[5]), welcher 20 Fälle von polyneuritischer Psychose beobachtet hat, glaubt, dass die Korsakow'sche Psychose kaum ohne Alkoholismus vorkomme und dass man sich allen abweichenden Angaben gegenüber sehr skeptisch verhalten müsse. In seiner Abhandlung „kasuistischer Beitrag zur sog. polyneuritischen Psychose (Korsakow'sche Krankheit)" veröffentlicht. Mönke-

---

[1]) Allgem. Zeitschr. f. Psych. 46. Bd.
[2]) Schmidt. Jahrbücher No. 238.
[3]) Neurolog. Zentrbl. 1898.
[4]) Zentrbl. f. Nervenhlkd. u. Psych. 1903.
[5]) Zentrbl. f. Nervenhlkd., u. Psych. 1903.

möller[1]), eine Reihe von Krankengeschichten, welche ohne Zweifel zur Korsakow'schen Psychose gehören. In der Anamnese finden sich meist Anhaltspunkte für das Bestehen von Potus. Ein von Giese und Pagenstecher[2]) publizierter Fall bietet das Bild einer Neuritis multiplex kombiniert mit den charakteristischen Störungen seitens der Psyche, wobei in ätiologischer Hinsicht der Alkoholismus von wesentlicher Bedeutung ist. Horstmann[3]) berichtet über zwei Fälle mit typischer Gedächtnistörung, Pseudoreminiszenzen und neuritischen Symptomen. Beide Male war hereditäre Belastung und abusus spirituosorum vorhanden. Auf alkoholischer Basis beruht auch der von Westphal[4]) geschilderte, hierher gehörige Fall. Im psychiatrischen Verein zu Berlin stellte van Vleuten[5]) einen Patienten vor, welcher nach längerem Alkoholmissbrauch neben neuritischen Erscheinungen eine erhebliche Herabsetzung der Merkfähigkeit, sowie Konfabulation zeigte. Ein von Murawieff[6]) veröffentlichter Fall von Poliencephalitis sup. bot die charakteristischen Zeichen einer polyneuritischen Psychose. Als ätiologisches Moment kommt protrahierter Alkoholismus in Betracht. Lépine[7]) teilt einen Fall von alkoholischer Polyneuritis bei einer Frau mit, verbunden mit deutlichen psychischen Störungen (Amnesie und Verwirrtheit.)

Suchanoff und Orloff[8]) beobachteten drei Patienten, welche die bekannten Symptome boten; zwei davon waren starke Potatoren. Crocqu[9]) berichtet von zwei Kranken, welche

---

[1]) Allgem. Zeitschr. f. Psych. 54 Bd.
[2]) Archiv f. Psych. Bd. XXV.
[3]) Psychiatr. Wochenschr. 3. Jahrg.
[4]) D. Med. Wochenschr. 1902 Nr. 5.
[5]) Psychiatr. Wochenschr. 5. Jhrg.
[6]) Neurolog. Zentrbl. 1897.
[7]) u. [8]) Neurolog. Zentrlbl. 1899.
[9]) Neurolog. Zentrbl. 1904.

das in Rede stehende Krankheitsbild aufwiesen und beide Alkoholistinnen waren.

Bödeker[1]) beschreibt einen chronischen Fall von Korsakow'scher Psychose; es bestand erbliche Belastung auch mit Trunksucht, ausserdem war betreffender Patient selbst Potator. Chotzen[2]) referiert über 38 Fälle derselben Krankheit; darunter fehlten nur bei zweien die peripheren neuritischen Symptome gänzlich, während sie bei zwei anderen nur sehr gering ausgebildet waren. Mit Ausnahme von zwei unsicheren Fällen war in ätiologischer Hinsicht immer der Alkohol von ursächlicher Bedeutung. Aus Wagners Klinik zu Wien teilt Redlich[3]) zwei Beobachtungen der polyneuritischen Psychose mit, beides auf alkoholischer Basis entstandene Erkrankungen. Hudovernig[4]) spricht sich dagegen aus, dass solche Fälle, die nur die psychischen Erscheinungen aufweisen, aber weder auf alkoholischer Grundlage entstanden, noch mit Symptomen einer multiplen Neuritis kombiniert sind, als Korsakow'sche Psychose bezeichnet werden. Zur Aufstellung der klassischen Diagnose seien Aetiologie, Neuritis und psychische Symptome gleichwertig und notwendig. Einen derartigen Fall führt H. selbst an. John Turner[5]) gibt die Krankengeschichten von 12 Fällen, welche die charakteristischen Störungen seitens der Psyche darbieten. In 10 Fällen war sicher periphere Neuritis vorhanden. Abusus spirituosorum lag in 10 Fällen vor und war bei den beiden anderen sehr wahrscheinlich. Wernicke[6]), der die Bezeichnung „polyneuritische Psychose" für richtiger hält, ist der Ansicht, dass dieselbe überwiegend häufig alko-

[1]) Arch. f. Psych. Bd. 40.
[2]) Allgem. Zeitschr. f. Psych. 59. Bd.
[3]) Neurolog. Zentrbl. 1897.
[4]) Neurolog. Zentrbl. 1905.
[5]) Neurogl. Zentrbl. 1905.
[6]) Wernicke, Grundriss der Psych 1900.

holischer Entstehung ist. Ein von ihm in seinem „Grundriss der Psychiatrie“ angeführter Fall ist in Bezug auf die Erkennung des ursächlichen Moments sehr lehrreich. Während zuerst der Hauptwert auf wiederholte Blutverluste gelegt wurde, welche Patientin durchgemacht hatte, und wofür ausser Anamnese und Aussehen der Kranken auch die Blutuntersuchung sprach, wurde später festgestellt, dass sie in den beiden letzten Jahren sehr viel Bier und in der letzten Zeit auch Korn und Kognak in grösseren Quantitäten getrunken hatte. Es dürfte daher wohl auch hier der Alkohol als die eigentliche causa nocens anzusehen sein.

Kraepelin[1]) hält dafür, dass die von Korsakow gezeichneten Bilder zwar unter verschiedenen ursächlichen Bedingungen zustande kommen können, dass sie sich aber bei weitem am häufigsten und in schönster Ausprägung auf dem Boden des chronischen Alkoholismus entwickeln. Aus diesem Grunde empfehle es sich, dieser Hauptgruppe von Fällen mit klarer Entstehungsgeschichte eine Sonderstellung gegenüber den sonst beobachteten, ähnlichen Bildern einzuräumen und ihr den Namen Korsakow'sche Psychose vorzubehalten. Er tritt dafür ein, „bestimmt an dem Satze festzuhalten, dass Krankheitsvorgänge mit unzweideutig verschiedenen Ursachen nicht wesensgleich sein können, auch wenn wir die Zustandsbilder zeitweise nicht klar auseinanderzuhalten imstande sind.“ Was die Kombination mit polyneuritischen Erscheinungen anlangt, so vertritt Kraepelin die Meinung, dass solche zwar nicht immer, aber doch sehr häufig vorhanden zu sein pflegen. Bonhoeffer[2]) berechnet schätzungsweise das Auftreten des Korsakow'schen Symptomenkomplexes bei chronischem Alkoholismus auf 3%. Zur Bezeichnung der eigenartigen Gedächtnisstörung empfiehlt

[1]) Kroepeline, Psychiatri 1904

[2]) Allgem. Zeitschr. f. Psych. 61. Bd.

er den Ausdruck „Korsakow'sches Syndrom" oder „amnestischer Symptomenkomplex" und schlägt vor, die Benennung Korsakow'sche Psychose für jene Fälle zu reservieren, welche auf alkoholischer oder infektiöser Basis meist mit Neuritis einhergehen und mit bezeichnetem Symptomenkomplex verbunden sind.

Aus den angeführten Literaturberichten geht zur Genüge hervor, welche Wichtigkeit dem Alkoholismus in der Aetiologiefrage der Korsakow'schen Psychose beizumessen ist, und es dürfte keinem Zweifel unterliegen, dass wir es bei dieser Erkrankung im wesentlichen mit einer alkoholischen Psychose zu tun haben. Wir begegnen nun aber in der Literatur einer ganzen Anzahl von Fällen, welche, sei es mit, sei es ohne Begleiterscheinungen von Neuritis multiplex, geistige Störungen aufweisen, die mit denjenigen bei der Korsakow'schen Psychose übereinstimmen oder ihnen zu gleichen scheinen, und welche für gewöhnlich der typischen Gruppe beigerechnet werden, jedoch nicht alkoholischen Ursprungs sind. Jene psychischen Störungen werden beobachtet im Gefolge von Infektionskrankheiten, namentlich Typhus, ferner von Traumen, Senium, Hirntumoren, Gehirnlues, progressiver Paralyse, Meningitis, Gelenkrhematismus, Puerperalfieber. Dass diese verschiedenartigen Ursachen die Basis zur Entwicklung einer einheitlichen Krankheit bilden sollten, ist entschieden unwahrscheinlich, zumal gegenwärtig noch gar nicht abzusehen ist, wieviele andere Momente man noch im Laufe der Zeit als ätiologische Faktoren geltend machen wird.

Bei einer derartigen Vielseitigkeit in der Aetiologie würde sich der Begriff einer besonderen, abgegrenzten Krankheit nicht mehr halten lassen. Es empfiehlt sich daher, jenen Krankheitsfällen, welche nicht auf Alkoholismus zurückzuführen sind, die Bezeichnung Korsakow'sche Psychose abzusprechen und für

die bei ihnen auftretenden Erscheinungen seitens der Psyche gemäss dem Vorschlage Bonhöffers den schon von Tiling angewandten Ausdruck „amnestischer Symptomenkomplex“ anzuwenden. Zu erörtern bleibt noch, ob zur diesbezüglichen Diagnosenstellung das Bestehen von Anzeichen einer Polyneuritis von wesentlicher Bedeutung ist. Abgesehen davon, dass die citierte Literatur die Auslegung im positiven Sinne entscheidet, wurde bereits von Korsakow selbst gerade auf das kombinierte Auftreten der Symptome beider Sphären, des zentralen und des peripheren Nervensystems, Nachdruck gelegt; es ist geradezu von ihm als ein charakteristisches Merkmal der Krankheitsgruppe angesehen worden. Uebrigens war vor den Veröffentlichungen Korsakows schon von anderen Forschern auf die eigenartige Verbindung neuritischer Symptome mit psychischen Störungen hingewiesen worden. Lilienfeld betonte zuerst, dass es sich hierbei nicht um zufällige Begleiterscheinungen seitens der Psyche handle, sondern dass ein direkter Zusammenhang zwischen psychischen und physischen Störungen bestehe. Demnach war die Wichtigkeit dieser Kombination bereits erkannt und gewürdigt, bevor Korsakow derartige Fälle als besondere Krankheit abzugrenzen vorschlug. Um so weniger ist man daher berechtigt, diese fundamentale Anschauung dadurch beiseite zu drängen, dass man unter einseitiger Bewertung der psychischen Erscheinungen die polyneuritischen Symptome ausser Acht lässt.

Sehen wir mithin in der Korsakow'schen Psychose eine alkoholische Erkrankung, bei welcher eine Alteration sowohl der Psyche, als auch des peripheren Nervensystems vorliegt, so drängt sich von selbst die Frage auf, ob das alkoholische Gift als solches die Ursache für die krankhaften Veränderungen des Nervensystems bildet, oder ob — wie oben erwähnt Korsakow annimmt — der Alkohol nur mittelbar die Schädigungen

hervorruft, indem er die Entwickelung und Einwirkung von Toxinen unterstützt. Nach dem heutigen Stand der Forschung kann als erwiesen angesehen werden, dass neben dem Alkohol das Vorhandensein von Toxinen von ursächlicher Bedeutung ist und in letzter Hinsicht namentlich der Intestinaltraktus eine wichtige Rolle spielt. Zweifelhaft ist es noch, wie es kommt, dass in einigen Fällen mehr das zentrale, in anderen mehr das periphere Nervensystem befallen wird. Es können hierbei offenbar mehrere Faktoren in Betracht kommen.

Zunächst ist es denkbar, dass ein gewisser Einfluss der Toxinwirkung zuzuschreiben sei, dann könnte auch eine verschiedene Wirksamkeit des Alkohols je nach Qualität und Quantität von Belang sein. Ausserdem besteht sehr wohl die Möglichkeit, dass Disposition und Heredität die Ursache bilden.

Was endlich die Prognose bei dieser Krankheitsart anlangt, so ist dieselbe quoad sanationem im allgemeinen als wenig günstig zu bezeichnen. Zwar sind auch Fälle beobachtet worden, so z. B. von Wernicke, welche in Heilung übergingen, doch sind solche immerhin als selten anzusehen. Günstiger dagegen gestaltet sich die Aussicht inbezug auf Besserung der psychischen Störungen, die selbst in weitgehendem Masse eintreten kann. Meistens scheint der Krankheitsverlauf seinen Ausgang in einen Defektzustand zu nehmen.

Fassen wir das Vorstehende kurz zusammen, so erscheint uns die Korsakow'sche Psychose als eine auf dem Boden des Alkoholismus entstandene Krankheit, bei welcher neben psychischen Störungen, unter denen der „amnestische Symptomenkomplex“ die hervorragendste Rolle spielt, Zeichen einer multiplen Neuritis vorliegen, und welche zwar nennenswerter Besserung fähig ist, dagegen für gewöhnlich quoad Heilung

wenig günstig verläuft und meist in einen Defektzustand übergeht.

Und in dieser Hinsicht soll der hier veröffentlichte Krankheitsfall ein neuer Beitrag sein.

Meinem früheren hochverehrten Chef, Herrn Geheimen Sanitätsrat Dr. Zander (Rybnik) spreche ich für die liebenswördige Ueberlassung der Krankengeschichte meinen Dank aus.

Lebenslauf.

Alfons Rother, kath. Konfession, wurde geboren am 28. Februar 1875 zu Brieg, Reg. Bez. Breslau, als Sohn des Kaufmanns Johann Rother und dessen verstorb. Ehefrau Franziska, geb. Anders. Er besuchte die Elementarschule und sodann das Kgl. Gymnasium seiner Vaterstadt und verliess es Michaelis 1896 mit dem Zeugnis der Reife. Darauf bezog er, um sich dem Studium der Medizin zu widmen, die Universität Breslau und Ostern 1898 die Universität Greifswald. Hier bestand er am 4. November desselben Jahres die ärztliche Vorprüfung. Am 15. Juli 1902 bestand er die ärztliche Staatsprüfung an der Universität Breslau. Vom 1. Oktober 1899 bis 31. März 1900 genügte er seiner Militärpflicht mit der Waffe bei der 5. Kompagnie des Grenadier-Regiments Kronprinz Friedrich Wilhelm (2. Schles.) Nr. 11. Vom 1. Oktober 1902 bis 31. März 1903 diente er als einjährig-freiwilliger Arzt bei dem Leib-Kürassier-Regiment Grosser Kurfürst (Schles.) Nr. 1. Nach Ableistung seiner Reserveübung wurde er am 18. August 1903 zum Assistenzarzt d. R. befördert. Oktober 1903 wurde er als Assistenzarzt an der Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt Rybnik angestellt; Mai 1905 erfolgte seine Versetzung an die Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt Tost. —

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten:

In Breslau:

Born, F. Cohn, H. Cohn, Czerny, Filehne, Flügge, Fraenkel, Groenouw, Hasse, Heine, Henke, Henle, Hürthle, Kast, Kümmel, Küstner, Ladenburg, Meyer, von Mikulicz-Radecki, Neisser, Ponfick, Richter, Röhmann, Stern, Uhthoff, Wernicke.

In Greifswald:

Bonnet, Gebhard, Grawitz, Helferich, Landois, Limpricht, Mosler, Müller, Richarz, Rosemann, Schütt, Schulz, Tilmann. —

Allen diesen Herren spricht Verfasser hiermit seinen aufrichtigen Dank aus.